

Wetzler, Rainer

Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung

Helmke, Andreas [Hrsg.]; Hornstein, Walter [Hrsg.]; Terhart, Ewald [Hrsg.]: *Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich; Schule, Sozialpädagogik, Hochschule. Weinheim : Beltz 2000, S. 185-203. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 41)*



Quellenangabe/ Reference:

Wetzler, Rainer: Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung - In: Helmke, Andreas [Hrsg.]; Hornstein, Walter [Hrsg.]; Terhart, Ewald [Hrsg.]: *Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich; Schule, Sozialpädagogik, Hochschule. Weinheim : Beltz 2000, S. 185-203 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-84929 - DOI: 10.25656/01:8492*

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-84929>

<https://doi.org/10.25656/01:8492>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Zeitschrift für Pädagogik

41. Beiheft

Zeitschrift für Pädagogik

41. Beiheft

Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich: Schule, Sozialpädagogik, Hochschule

Herausgegeben von

Andreas Helmke, Walter Hornstein und Ewald Terhart

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopie hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder genutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die einzelnen Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

© 2000 Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Herstellung: Klaus Kaltenberg

Satz: Satz- und Reprotechnik GmbH, Hemsbach

Druck: Druckhaus „Thomas Müntzer“, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISSN 0514-2717

Bestell-Nr. 41142

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

ANDREAS HELMKE/WALTER HORNSTEIN/EWALD TERHART

Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich.

Zur Einleitung in das Beiheft. 7

Teil I

Qualität und Qualitätssicherung – analytisch betrachtet

LEE HARVEY/DIANA GREEN

Qualität definieren. Fünf unterschiedliche Ansätze 17

HELMUT HEID

Qualität: Überlegungen zur Begründung einer pädagogischen

Beurteilungskategorie 41

Teil II

Qualität und Qualitätssicherung in der Schule

HELMUT FEND

Qualität und Qualitätssicherung im Bildungswesen:

Wohlfahrtsstaatliche Modelle und Marktmodelle 55

HARTMUT DITTON

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in Schule und Unterricht.

Ein Überblick zum Stand der empirischen Forschung. 73

HERBERT ALTRICHTER

Konfliktzonen beim Aufbau schulischer

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung 93

TOM STRYCK

Qualitätssicherung in der Geisterbahn.

Was hat die Schulaufsicht mit Schulqualität zu tun? 111

Teil III

Qualität und Qualitätssicherung in der Sozialpädagogik

WALTER HORNSTEIN

Qualität und Evaluation in der Sozialpädagogik 129

MICHAEL WINKLER

Qualität und Jugendhilfe:

Über Sozialpädagogik und reflexive Modernisierung 137

JOACHIM MERCHEL

Zwischen Hoffnung auf Qualifizierung und Abwehrreflex:

Zum Umgang mit dem Qualitätsthema in der Jugendhilfe 161

RAINER WETZLER

Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung

in ausgewählten Bereichen sozialer Arbeit 185

Teil IV

Qualität und Qualitätssicherung in der Hochschule

TINO BARGEL/NATALIJA EL HAGE

Evaluation der Hochschullehre: Modelle, Probleme und Perspektiven . . . 207

WOLFF-DIETRICH WEBLER

Weiterbildung der Hochschullehrer als Mittel der Qualitätssicherung . . . 225

BIRGIT BERENDT

Was ist gute Hochschullehre? 247

FRIEDRICH-WILHELM SCHRADER/ANDREAS HELMKE

Wirksamkeit des Hochschulunterrichts aus der Sicht der Studierenden.

Eine empirische Studie 261

Internationale Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung

1. Einleitung

Seit knapp einem Jahrzehnt wird in der Bundesrepublik Deutschland in den verschiedensten Bereichen der Sozialen Arbeit eine intensive Diskussion zu Qualität, Effektivität und Nutzen der Praxis geführt. So unterschiedlich und vielfältig die Impulse sein mögen, die diese Diskussion und die damit verbundenen Entwicklungen in Gang gesetzt haben, so kann kein Zweifel daran bestehen, daß die sehr stark mit Hilfe betriebswirtschaftlicher Kategorien geführte, nicht zuletzt auf die Einführung von Markt- und Wettbewerbselemente ausgerichtete Diskussion vor allem im Zusammenhang der Bestrebungen zu sehen ist, die Kostenentwicklung im sozialen Bereich, so wie vorher schon im Bereich des Gesundheitswesens, zu dämpfen.

Das „Koste-es-was-es-wolle-Prinzip“, das in Zeiten scheinbar unbegrenzten wirtschaftlichen Wachstums häufig herrschte, soll durch das Prinzip eines effizienten Einsatzes begrenzter finanzieller Ressourcen ersetzt werden.

Die gesellschaftlichen Neuregelungen des letzten Jahrzehnts sprechen eine deutliche Sprache: Das KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) begrenzt die freien Träger der Jugendhilfe, die einen Großteil der Leistungen nach dem Jugendhilfegesetz erbringen, nicht mehr auf den Kreis derjenigen, die die Voraussetzung einer juristischen Person erfüllen, sondern „öffnet“ durch den Verzicht auf diese Voraussetzung die Einführung von Konkurrenz und Marktelementen, von Wettbewerb und durch die Rücknahme einer strengen Subsidiaritätsregelung den Bereich für Wettbewerb. Durch die Förderung von Wettbewerb soll eine stärkere Transparenz in den Leistungen aufgrund der Vergleichbarkeit der Leistungen erreicht werden.

In die gleiche Richtung wirkt das im KJHG vorgesehene Hilfeplanverfahren (s. dazu den Beitrag von W. NÜSSELE in diesem Band und SCHEFOLD 1999), vor allem aber auch die erst zum 1.1.1999 in Kraft getretenen Regelungen der §§ 78 a–g. Sie machen die finanziellen Leistungen (über die bisher geltenden Pflegesatzregelungen hinaus) abhängig von differenzierten Vereinbarungen zwischen öffentlichen Geldgebern und den freien Trägern über „Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungsangebote“. Gegenstand der Vereinbarungen sollen auch „Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität der Leistungsangebote sowie über geeignete Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung (Qualitätsentwicklungsvereinbarung)“ sein (§ 78 b).

Damit hat eine Entwicklung die Jugendhilfe erreicht, die sich im BSHG (Bundessozialhilfegesetz) schon vor Jahren angedeutet hatte. Auch hier sind Regelungen eingeführt worden, die Liberalisierung, Marktorientierung, Konkurrenz zwischen Anbietern und Wettbewerb befördern sollen.

Diese Entwicklung ist mit einer weitreichenden Neuregelung des Beziehungsgefüges von Staat und freien Trägern verbunden: der Wettbewerb zwischen Anbietern soll zur Effektivitätssteigerung bei gleichzeitiger Ausschöpfung aller vermuteten Rationalisierungspotentiale bei den in diesem Bereich tätigen Anbietern sozialer Dienste führen. Zugleich spielen in diesem Zusammenhang auch die durch die europäische Einigung in Gang gekommenen Konvergenzbestrebungen eine Rolle; kaum ein Bereich ist in Europa divergenter als die jeweilige Organisation der Wohlfahrtspflege von Spanien über Deutschland nach Skandinavien (HAMBURGER 1999).

In dem hier beschriebenen Zusammenhang kommt der Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsdokumentation ein hoher Stellenwert zu. Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung dienen ja immer auch der Lenkung und Kontrolle sozialer Dienstleistungen. Entscheidend ist dabei, wie das Verhältnis von Rigidität und Offenheit der vereinbarten Systeme gestaltet ist.

Zur Veranschaulichung soll ein Blick auf die entsprechende Diskussion dienen, wie sie im Bereich der Behindertenhilfe nach der Neufassung des § 93 BSHG geführt wurde. Die Neuregelung verlangte den Nachweis von Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen durch den Träger und setzte innerhalb der Behindertenhilfe eine heftige Diskussion über die Ausgestaltung dieser Forderungen in Gang. Im Mittelpunkt dieser Debatte zum Qualitätsbegriff stand die Systematik von DONABEDIAN (1982), die ursprünglich zum Zwecke der Analyse des medizinischen Versorgungssystems diente. Grundlegend ist die Unterscheidung dreier Ebenen:

- Strukturqualität (sie umfaßt objektive Rahmenbedingungen der Praxis, Ausstattung, materielle und personelle Ressourcen);
- Prozessqualität (hier geht es um die Qualität der Interaktionen zwischen denjenigen, die eine Leistung erbringen und denjenigen, an die sie sich wendet; Qualität hat hier mit der spezifischen Zielsetzung der Dienstleistung zu tun);
- Ergebnisqualität (beobachtbare Veränderungen bei den Leistungsempfängern, z.B. Veränderungen im Verhalten, im Gesundheitszustand usw.).

Die an dieser Systematik orientierte Diskussion wurde ergänzt durch die Bezugnahme auf die Methoden des Qualitätsmanagements, wie sie auf der Basis der DIN EN ISO (Internationales Normenwerk zu Qualitätsmanagement und Qualitätsmanagement-Systemen) den sozialen Organisationen die Möglichkeit eröffnen sollten, ihre qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Bemühungen einheitlich zu beschreiben, zu dokumentieren und zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen (z.B. durch Zertifizierungsverfahren).

Charakteristisch für die Entwicklungen nach der gesetzlichen Neuregelung war allerdings, daß weniger die Auseinandersetzung mit einer derartigen Systematik und der mit ihr eröffneten inhaltlichen Fragestellungen im Vordergrund stand, sondern die verbandspolitisch motivierte Entwicklung je eigener Systeme und Verfahren der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung durch jeden der großen Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege.

Die Caritas bzw. der Verband Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte (VKELG) reagierte mit dem Verfahren SYLQUE (System der Leistungs- und Qualitätsbeschreibung sowie Entgeltberechnung unter be-

sonderer Berücksichtigung des Erhebungsbogens zum individuellen Hilfebedarf bei Personen mit Behinderungen; vgl. BICHLER; FINK; POHL; 1995) auf die veränderten gesetzlichen Vorgaben. Der Verband Evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung (VEEMB, heute Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe – BEB) brachte mit dem Verfahren „Gestaltung der Betreuung für Menschen mit Behinderung – GBM“ (vgl. KLAUSS, 1996) ein anderes Modell ein, und die Bundesvereinigung Lebenshilfe steuerte mit FILM (Fragebogen zur individuellen Lebensgestaltung von Menschen mit Behinderung; vgl. FRÜHAUF 1995) einen eigenen Beitrag bei (eine Kurzdarstellung der Verfahren findet sich bei WETZLER 1998). Drei Spitzenverbände, drei verschiedene Verfahren und eine Verhärtung über die Verbandsgrenzen hinaus waren Resultate der Bemühungen. Dadurch blieben Potentiale und Chancen ungenutzt, Vorurteile gegen die Qualitätsdebatte wurden aufgebaut und gepflegt, und die Auseinandersetzung über die Optimierung der Qualität sozialer Arbeit wurde in sehr enge Grenzen verwiesen.

Was aber bei diesen Diskussionen gänzlich unberücksichtigt blieb, das war der Blick auf die in anderen Ländern zu diesem Thema geführten Diskussionen und vor allem auf die Erfahrungen, die dort schon, zum Teil seit Jahrzehnten, gemacht worden waren und von denen hätte gelernt werden können.

Dieser Aufsatz will in diesem Sinne durch eine Kurzdarstellung ausgewählter internationaler Ansätze verschiedene Grundmuster der Organisation und Evaluation sozialer Arbeit vorstellen und dadurch im Sinne von Benchmarking d.h. durch das Lernen von anderen, durch den Blick über den nationalen Tellerrand hinaus Anregungen geben.

Die nachfolgend dargestellten Ansätze kommen einerseits aus den USA, einem Land, in dem Qualitätsdebatten und insbesondere die Evaluation sozialer Arbeit eine weit zurückreichende Tradition haben (GROHMANN 1997) und direkt an den Markt und den Wettbewerb gekoppelt sind (im Sinne eines direkten Wirkungszusammenhangs von Angebot und Nachfrage), andererseits aus Grossbritannien. In England ist beispielsweise die Behinderten- und Altenhilfe weitgehend privatwirtschaftlich organisiert, der Staat tritt allerdings seit Mitte der 80er Jahre als korrektive Größe auf. Ferner wird ein progressiver Schweizer Ansatz zur Qualitätssicherung durch Prozeßevaluation dargestellt, insbesondere deshalb, weil in Deutschland noch immer die antiquierte Vorstellung herrscht, daß Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und Behinderungen in der Schweiz ausschließlich in herkömmlichen medizinisch- und pflegeorientierten Institutionen untergebracht werden. Ein abschließender Blick nach Österreich soll zeigen, daß gerade die Lebenshilfe Wien sehr engagierte Wege in der Qualitätssicherung für Menschen mit Behinderung geht, wogegen in Deutschland noch immer die Meinung vorherrscht, daß Österreich nur ein Spiegelbild der bundesdeutschen Wirklichkeit ist.

2. Konzepte und Modelle zur Qualitätssicherung im internationalen Blick

In den USA hat die Evaluation sozialer Dienste eine lange Tradition. Schon in den 60er Jahren sind im Rahmen dieser Entwicklung eine große Zahl von Verfahren der Qualitätssicherung entwickelt worden, von denen nachfolgend zwei

dargestellt werden sollen. Sie werden noch heute eingesetzt. Ihr Charakteristikum besteht darin, dass sie den Hilfe- und Pflegebedarf im Alten- und Behindertenbereich definieren und *zugleich die Qualitätsmassstäbe festlegen*, anhand derer Alten- und Behindertenarbeit gemessen werden kann.

2.1 USA: Die „klassischen“ Instrumente zur Qualitätssicherung aus den 60er Jahren

Als besonders wirksam haben sich seit den 60er Jahren die unter der Bezeichnung ADL (= Activities of Daily Living) und IADL (= Instrumental Activities of Daily Living) bekanntgewordenen und immer wieder diskutierten Instrumente erwiesen (vgl. dazu WAHL 1988, S. 75; WAHL 1992, S. 366; LEHR 1991, S. 144). In diesem Konzept sind zwei Ansätze miteinander verbunden: zum einen der sogenannte KATZ-Index oder Index of ADL (KATZ et al. 1963) und zum anderen die Erweiterung dieses Konzeptes um den Bereich der „Instrumental Activities of Daily Living“/IADL (LAWTON/BRODY 1969).¹

Der Begriff „Activities of Daily Living“ bezeichnet ein Set von allgemeinen, alltäglichen Aktivitäten, deren Ausführungskompetenz für die Selbstsorge (self-care) und ein unabhängiges Leben notwendig ist (vgl. WIENER et al. 1990, 230). Das am häufigsten angewandte Meßinstrument für die basalen Fähigkeiten ist der sogenannte „Index of ADL“ (KATZ et al. 1963; KATZ, AKPOM 1976; KATZ 1983), der die Kompetenz zur Ausführung basaler Alltagsaktivitäten einzuschätzen sucht. Hier handelt es sich besonders um die regelmäßige Selbstpflege, An- und Ausziehen, Transfer (das Bett verlassen/zu Bett gehen; von einem Stuhl aufstehen/sich auf einen Stuhl setzen), die Toilettenbenutzung, Inkontinenz und das Einnehmen von Mahlzeiten.

So fundiert unter heutigen Gesichtspunkten die Einschätzung der Alltagskompetenz anhand basaler Alltagsaktivitäten auch ist, so umfaßt sie gewiß nicht die gesamte Bandbreite von Aktivitäten, die zu einem unabhängigen Leben in einer (entwickelten) Gesellschaft notwendig sind. Um diesem Moment Rechnung zu tragen und eine differenzierte Beurteilung von alltäglichen Behinderungen/Beeinträchtigungen zu gewährleisten, stellten LAWTON und BRODY (1969) das Konzept sogenannter „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) vor. Die hier berücksichtigten Alltagsaktivitäten drücken einen komplexeren Grad organisierten menschlichen Verhaltens aus (vgl. KATZ 1983, S. 723) und unterliegen weit mehr als die „basic-ADL“ kulturellen Einflüssen.

Die von LAWTON/BRODY (1969) in die Diskussion eingebrachten „Instrumental Activities of Daily Living“ umfassen den Umgang mit Geld/Regelung finanzieller Angelegenheiten, die Zubereitung von Mahlzeiten, das Einkaufen, Transport bzw. ausserhäusliche Mobilität, Haushaltsführung, Telefonieren und Medikation.

Beide Skalen versuchen, unter Berücksichtigung typischer Alltagsaktivitäten ein differenziertes Bild davon zu vermitteln, bei welchen Handlungsberei-

1 Es gibt darüber hinaus eine Fülle von Skalen und multidimensionalen Instrumenten, die als modifizierte ADL/IADL-Skalen verstanden werden können. Nach GURLAND (1990, 685) konnte sich jedoch keine durch besondere Vorteile gegenüber den Originalskalen ausweisen.

chen etwaige Einschränkungen festzustellen sind bzw. wie die Alltagskompetenz beeinträchtigter Menschen einzuschätzen ist. In diesem Sinne sind ADL/IADL-Skalen immer auch Maßgaben für die Messung von Hilfe- und Pflegebedarf (vgl. OSWALD 1983, S. 60) und bieten damit *Kriterien für die Qualität entsprechender Hilfeleistungen*; sie sind jedoch nicht ausschließlich an Bedarfsfeldern durch Aktivitätseinschränkungen orientiert, sondern auch dahingehend diskriminierend, welche Alltagskompetenzen trotz etwaiger Einschränkungen im ADL/IADL-Bereich vorhanden sind.²

„Index of ADL“ bzw. „KATZ-Index“ (KATZ et al. 1963)

Der „Index of ADL“ wurde ursprünglich für die Evaluation von Behandlungsergebnissen und die Abschätzung des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen entwickelt. Dabei studierten KATZ und Mitarbeiter eine Patientengruppe mit Hüftfraktur und im besonderen wie sich deren Kompetenz bei der Bewältigung basaler Alltagsaktivitäten im Verlauf der Behandlung veränderte. Eine Maßgabe für die zu berücksichtigenden Aktivitäten waren „activities which people perform habitually and universally“ (KATZ et al. 1963, S. 914). Das Hauptaugenmerk galt der Herausarbeitung von wenigen Basalaktivitäten, die es erlauben, einen abgestuften „Index of Independence in Activities of Daily Living“ zu entwickeln.

Der Index sollte die Einstufung der Patienten entsprechend ihren Verrichtungen bei basalen Alltagsaktivitäten liefern, die von den Initiatoren in acht Grade unterteilt wurden (A, B, C, D, E, F, G, and Others).

Aus der großen Anzahl beobachtbarer Alltagsaktivitäten repräsentieren vor allem sechs Grundfunktionen die basale Kompetenz von Personen, nämlich:

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| – Baden | – Transfer |
| – An- und Ausziehen | – Kontinenz |
| – Toilettengang | – Nahrungsaufnahme (feeding). |

Die Erstellung eines ADL-Profiles erfolgt durch eine personenbezogene Beobachtung mittels Fachpersonal in Kliniken, Soziologen und trainierten Beobachtern. Die Skalierung des KATZ-Index unterscheidet zwischen ‚keine Assistenz notwendig‘, ‚bestimmte Assistenz notwendig‘ und ‚ganzheitliche, umfassende Assistenz notwendig‘.

2 Diese Nuancierung innerhalb des ADL/IADL-Konzeptes beinhaltet, daß bei weitreichenden Hilfe- und Pflegebedarf nicht von einem umfassenden Kompetenzverlust ausgegangen werden muß (vgl. hierzu auch THOMAE 1987, S. 10), auch wenn die Kompetenz sehr gering sein mag. Unter dieser Option scheint es durchaus angemessen, auch im ADL/IADL-Bereich und trotz einer etwaigen Kompetenzeinschränkung beim Verrichten alltäglicher Tätigkeiten nach wie vor auch von einer ADL/IADL-Kompetenz zu sprechen, einem Begriff, der sich in der Gerontologie bzgl. einer differenzierten Kennzeichnung alter Menschen durchgesetzt hat (vgl. hierzu die Auseinandersetzung mit den Begriffen „Pflegebedürftigkeit“ und „Kompetenz“ von KRUSE 1987). LAWTON (1982) erweitert diese differentielle Sicht durch einen zweiten Aspekt, demzufolge Kompetenz stets auch eine Funktion von Personenbedingungen und Umweltbedingungen darstellt. WAHL (1988) betont ferner, daß man lediglich von einer bestimmten Kompetenz zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Umwelt reden kann.

Assistenz selbst umfaßt „supervision, direction, or personal assistance“ und kommt somit definitorisch nicht zur Anwendung, wenn z.B. der Toilettengang unter Zuhilfenahme eines mechanischen Gerätes und ohne personelle Hilfestellung vollzogen werden kann.

Die empirischen Ergebnisse bei der Anwendung der ADL-Items verweisen darauf, daß dem „Index of ADL“ eine charakteristische Ordnung anhaftet, die auf eine deutliche Unterscheidung von einerseits vegetativen und andererseits kulturell geprägten Funktionen schließen läßt.

Während Nahrungsaufnahme, Kontinenz und Transfer den einfachen, vegetativen Funktionen zugeschrieben werden, sind Baden, An- und Ausziehen und Toilettengang stark von der Kultur und der Sozialisation geprägt (KATZ et al. 1963, S. 917).

Die empirisch verifizierte Rangfolge der Items erlaubt eine Zuordnung in die Grade „A, B, C, D, E, F, G, and Others“ nach folgendem Prinzip (vgl. KATZ et al. 1963, S. 915):

- „A – Independent in feeding, continence, transferring, going to toilet, dressing, and bathing.
- B – Independent in all but one of these functions.
- C – Independent in all but bathing and one additional function.
- D – Independent in all but bathing, dressing and one additional function.
- E – Independent in all but bathing, dressing, going to toilet, and one additional function.
- F – Independent in all but bathing, dressing, going to toilet, transferring, and one additional function.
- G – Dependent in all six functions.
- Others – Dependent in at least two functions, but not classifiable as C, D, E, or F.“

Theoretische Signifikanz erfährt diese empirisch festgestellte Ordnung innerhalb des „Index of ADL“ durch die Nähe der inhärenten Abfolge zu den beobachtbaren Entwicklungsstufen von Kleinkindern (vgl. KATZ et al. 1963).

Ein zwei Jahre altes Kind kann ein Glas sicher halten und Nahrung mit Hilfe eines Löffels in den Mund führen; es ist aber noch nicht vollständig kontinent und braucht Unterstützung bzw. Überwachung beim Baden und Anziehen.

Ein drei Jahre altes Kind hingegen ißt mehr oder weniger eigenständig, ist jedoch i.d.R. nachts noch nicht vollständig kontinent, braucht Beobachtung beim Toilettengang, beim Anziehen und Waschen.

Mit dreieinhalb Jahren ist ein Kind in der Regel auch nachts kontinent und mit vier Jahren benutzt es die Toilette alleine bzw. bedarf dabei lediglich ab und an der Beobachtung.

Zwischen vier und fünf Jahren ist schließlich nur noch eine allgemeine Supervision beim Baden und Anziehen vonnöten.

Das heißt, daß auch bei der Entwicklung von Kindern zwischen vegetativen und kulturell geprägten Funktionen zu unterscheiden ist, wobei letztere später in der Kindheit realisiert werden.

Dasselbe Muster des „Kompetenz(rück)gewinns“ läßt sich empirisch im späteren Leben (bei etwaigem Kompetenzverlust) beobachten. Die Art und Weise, wie man sich von einer beeinträchtigenden Krankheit erholt, verläuft parallel zur frühen Entwicklung der Funktionen bei Kindern (KATZ et al. 1963, S. 918). Die Wiedererlangung der Alltagskompetenz ist i.d.R. als Abfolge zu beschreiben; beginnend bei der Nahrungsaufnahme, der Wiedererlangung der Kontinenz, dem Transfer, dem Toilettengang, dem An- und Ausziehen und endet schließlich bei der Fähigkeit, sich ohne fremde Hilfe baden zu können.

Das festgestellte Muster, das durch den „Index of ADL“ repräsentiert wird, legt ferner die Vermutung nahe, daß auch der natürliche Alternsprozeß dieser Ordnung folgt. Für KATZ et al. (1963, S. 918) scheint somit durchaus begründbar, daß die Funktionsverluste alter Menschen bei den Aktivitäten beginnen, die einen höheren Komplexitätsgrad besitzen und am wenigsten basal (vegetativ) sind.

Auf der Grundlage empirischer Befunde erfüllt der „Index of ADL“ ferner auch die Kriterien einer Guttman-Skala mit weitreichender praktischer Signifikanz. Hierzu gehören u.a. die Beurteilung des Verlaufs und der Effektivität einer Behandlung, die Evaluierung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Möglichkeit, Langzeitstudien vorzunehmen (vgl. KATZ 1983, S. 724).

Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living (LAWTON/BRODY 1969)

Neben dem dargestellten Konzept von KATZ et al. (1963) entwickelten LAWTON/BRODY (1969) am Philadelphia Geriatric Center einen weitreichenden Ansatz unter der Bezeichnung „Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living“.

Ihre grundlegende Intention war es, die alltäglich erforderliche, funktionale Kompetenz älterer Menschen einzuschätzen und damit ein operationalisiertes Bemessungsverfahren für individuelle Beeinträchtigungen älterer Menschen bei deren Lebensvollzügen einzuführen.

LAWTON und BRODY stellten hierfür zwei Einschätzungsskalen vor:

- die „Physical Self-Maintenance Scale“ (PSMS) und
 - die „Instrumental Activities of Daily Living Scale“ (IADL)
- (vgl. LAWTON/BRODY 1969, S. 179).

Innerhalb der PSMS galt es (vermittelt über einen Beobachter), die Kompetenz einer Person hinsichtlich basaler Fertigkeiten, genauer:

- beim Baden*)
 - beim An- und Ausziehen*)
 - bei der Toilettenbenutzung*)
 - bei der Nahrungsaufnahme*)
 - hinsichtlich der Bewegungsfähigkeit*)
 - bei der Körperpflege/Haarpflege (grooming)
- einzuschätzen.³

3 Die mit *) gekennzeichneten Items finden sich mit leichten semantischen Abweichungen auch beim KATZ-Index. In Abweichung zu KATZ et al. (1963) fehlt das Item „Inkontinenz“.

In Abweichung zu der dreistufigen Abfrage der Basalaktivitäten von KATZ et al. (1963) wählten LAWTON/BRODY (1969) eine fünfstufige Ordinalskala, die sich entlang unterschiedlicher Kompetenzausprägungen vollzieht.

Darüber hinaus sahen es die Autoren als gegeben, neben der Kompetenzbeurteilung hinsichtlich der Selbstpflege notwendige Aufgaben einzubeziehen, die zum Rollenset eines erwachsenen Menschen gehören (kulturabhängig) und die über die Körperbezogenheit der Basalaktivitäten hinausreichen. Gemeint sind die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), wobei hier das Problem einer extremen Diversität möglicher instrumenteller Aktivitäten relevant wird (LAWTON/BRODY 1969, S. 180).

Für Frauen sind vor allem Aktivitäten des Erwachsenenlebens von Bedeutung (z.B. Einkaufen, Kochen, Wäsche versorgen). Weniger umfangreich bleibt (unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Rollenverteilungen) die Anzahl der instrumentellen Aktivitäten bei Männern, wobei die Benutzung von Verkehrsmitteln/Transportmitteln und der Umgang mit Geld/das Regeln finanzieller Angelegenheiten mögliche Anhaltspunkte bieten, die instrumentelle Alltagskompetenz abzufragen.

Eine auf diesen Vorgaben basierende IADL-Skala umfasst schliesslich acht Items (fünf Items, die für Männer und Frauen gleichermaßen relevant sind und drei Items, die lediglich die weibliche Population betreffen).⁴

Eine empirische Überprüfung der PSMS ergab, daß diese Skala Guttman-Kriterien erfüllt. D.h., es zeichnet sich eine Rangfolge der einbezogenen Basalaktivitäten ab (in Analogie zu dem besprochenen KATZ-Index).

Der Reproduktionskoeffizient erreicht einen Wert von 0.96 (LAWTON/BRODY 1969, S. 182). Die IADL-Skala wird zwar durch die geschlechtsspezifischen Items gerade bei Männern weniger umfangreich, erfüllt aber ebenfalls die Skalenkriterien gut (ebd.).

Um aus den vorgegebenen Skalen tatsächlich auf die Alltagskompetenz älterer Menschen schließen zu können, wird über die PSM-Items ein Summenscore gebildet, der zwischen den Grenzen 0 und 6 verläuft, wobei die Unabhängigkeit bei jeder Basalaktivität mit dem Wert 1 kodiert wird, Kompetenzverluste hingegen eine 0 zugewiesen bekommen. Ein ähnliches (wenn auch nicht mit der Dichotomisierung der PSMS gleichzusetzende Summenbildung) wurde auch für die IADL-Skala gewählt.

	Anzahl der Antwortvorgaben	Klientel
1. Telefonieren	4	Männer/Frauen
2. Einkaufen	4	Männer/Frauen
3. Mahlzeiten zubereiten	4	Frauen
4. Haushaltsführung	5	Frauen
5. Wäsche (versorgen)	3	Frauen
6. Benutzung von Verkehrsmitteln	5	Männer/Frauen
7. Verantwortlichkeit für eigene Medikation	3	Männer/Frauen
8. Regelung finanzieller Angelegenheiten	3	Männer/Frauen

4 Diese Differenzierung ist unter heutigen Gesichtspunkten sicherlich zu hinterfragen.

LAWTON/BRODY (1969) war bei der Entwicklung bzw. Einführung der beiden Skalen vor allem daran gelegen, eine einheitliche Herangehensweise innerhalb sehr divergierender Meßinstrumente bzgl. der Alltagskompetenz älterer Menschen zu gewährleisten. Betont wird auch der praktische Nutzen einer differenzierten Analyse beim Verrichten alltäglicher Handlungen mit folgenden Implikationen (vgl. LAWTON/BRODY 1969, S. 183ff):

- 1) Die Anwendung dieser Skalen erlaubt bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Abfrage konkreter Handlungsrelevanzen bei älteren Personen und ist frei von fachspezifischen Termini. Dadurch obliegt die Einschätzung der Alltagskompetenz nicht ausschließlich einem ausgebildeten Fachpersonal.
- 2) Die Analyse der Alltagskompetenz gilt als geeignetes Mittel zur individuell bezogenen Formulierung, Implementierung und Evaluation eines Behandlungsplans bzw. eines Maßnahmenkatalogs. Durch die zeitlich versetzte Wiederholung der aktivitätsbezogenen Kompetenzeinschätzung können auch Erfolge von rehabilitativen Maßnahmen abgeschätzt und Möglichkeiten berücksichtigt werden, bestehende Maßnahmen gegebenenfalls zu verändern oder gar abzusetzen.
- 3) Die vorgestellten Skalen gelten als Hilfe bei der Einzelfalluntersuchung von hilfebedürftigen Menschen in Familien. Gerade betroffenen Familien verhilft eine realistische Planung, eine durch Beziehungsprobleme blockierte Bestandsaufnahme des „What is?“ zu verwirklichen.
LAWTON/BRODY haben dabei auch im Blick, daß eine Analyse der Kompetenz beim Verrichten alltäglicher Tätigkeiten einerseits zwar den Grad an Hilfe- und Pflegebedarf diskriminieren hilft, andererseits aber auch aufdecken kann, welche Fähigkeiten der alte Mensch hat. Diese Differenzierung soll bei einer familiären Hilfeinteraktion verhindern, daß ältere Menschen als infantil „abgeurteilt“ werden; sie soll andererseits dazu beitragen, daß die vorhandenen (Rest-)Fähigkeiten unterstützt werden und schließlich soll sie davor schützen, die Kompetenzverluste eines älteren Menschen zu verleugnen bzw. nicht wahrhaben zu wollen.
- 4) Indem eine Analyse der Alltagsaktivitäten durchgeführt wird, kann z.B. neuen Pflegekräften verdeutlicht werden, welche speziellen Probleme ältere Menschen haben und welche alltagsspezifischen Unterschiede sich gegenüber jungen Menschen zeigen (pädagogisches Moment).
- 5) Schließlich gilt noch hervorzuheben, daß eine (PSMS) ADL/IADL geführte Analyse (neben den genannten Vorteilen einer individuellen Planung) durchaus auch für die Planung von Einrichtungen angemessen erscheint. Dies kann sich einerseits auf die Gestaltung der Gebäude und deren Ausstattung niederschlagen, andererseits aber auch in Form einer Zuordnung der älteren Personen in angemessene Wohnformen (entsprechend ihrer jeweiligen „ADL/IADL-Performance“).

Sowohl der Ansatz von KATZ et al. als auch die Arbeiten von LAWTON betonen in der Auseinandersetzung mit Evaluationsfragen und Evaluationsmethoden vor allem die zentrale Bedeutung der Prozeßqualität und Prozeßsteuerung – eine Akzentuierung, die auch für die Diskussion in Deutschland von Nutzen sein könnte.

2.2 USA: Ausgewählte aktuelle Instrumente zur Qualitätssicherung

PASSING (Program Analysis of Service Systems Implementation Normalization Goals)

WOLFENSBERGER (1983) hat bereits Anfang der 80er Jahre seine „Theorie der Valorisation sozialer Rollen“ (Social Role Valorisation – SRV⁵) in Anlehnung an das Normalisierungsprinzip der Behindertenhilfe vorgestellt (vgl. stellvertretend für das Normalisierungsprinzip NIRJE, 1992). Der Schwerpunkt dieser Theorie liegt in der Bedeutung angesehener sozialer Rollen für gesellschaftlich abgewertete oder von Abwertung bedrohte Menschen.

Zielsetzungen dieses Ansatzes sind:

- Verbesserung des Erscheinungsbildes und des sozialen Status von gesellschaftlich abgewerteten Personen,
- Kompetenzentwicklung unter Berücksichtigung kommunikativer, sozialer, kognitiver, motivationaler, emotionaler, lebenspraktischer Komponenten.

Instrumentell benennt PASSING 42 Kategorien, mit deren Hilfe evaluiert werden kann, inwieweit eine Behinderteneinrichtung die Prinzipien dieses Ansatzes in ihrer Alltagspraxis realisiert.

Ohne an dieser Stelle alle 42 Kategorien aufzulisten, seien hier stellvertretend die Beobachtungsfelder (Faktoren) benannt, die PASSING repräsentieren.

- räumliches Umfeld der Einrichtung,
- Gruppenstrukturen und Kontakte/Beziehung,
- Gruppenaktivitäten, Programme und Nutzung von Zeit,
- Selbstdarstellung der Einrichtung.

PASSING ist ein Ansatz, dessen Bedeutung und Wert vor allem darin liegt, daß er Stigmatisierungsprozesse gegenüber Menschen mit Behinderung oder Menschen in Notlagen bewußt macht und sie zu vermeiden beiträgt; auch dies ein Ansatz, dem in der Bundesrepublik bisher keine Beachtung geschenkt wurde.

Quality of Life Questionnaire Standardization Manual (SCHALOCK 1990)

Als Auftragsarbeit einer US-amerikanischen Einrichtung entstand das sogenannte „*Quality of Life Questionnaire Standardization Manual*“, welches in verschiedenen Diensten für Menschen mit einer geistigen Behinderung zur Quali-

5 Die Theorie SRV geht davon aus, daß menschliche Wahrnehmung grundsätzlich bewertend ist, abhängig von der Gesellschaftsformation und den vorherrschenden Werten und Normen. Wie eine Person von der umgebenden Umwelt wahrgenommen wird, hängt in nur geringem Maße von den Eigenschaften der wahrgenommenen Person als vielmehr von der vorherrschenden Kultur ab. Die Theorie sucht damit zu erklären, warum Personen oder Gruppen negativ wahrgenommen oder definiert werden (devaluation). Mit Hilfe dieser Theorie soll versucht werden, stigmatisierende Verhaltensweisen der Gesellschaft gegenüber „devaluierten Personen oder Gruppen“ zu identifizieren und zu verhindern.

tätssicherung angewandt wird. Evaluiert werden soll die Lebensqualität behinderter Menschen mit Hilfe eines Ansatzes, dem es vor allem darum geht, die Leistungen der sozialen Dienste stärker an die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung anzupassen.

Grundlage sind verschiedene Ansätze und Interpretationen von Lebensqualität (subjektive und objektive Faktoren). Zentral ist die von einer Person wahrgenommene Lebensqualität, die mit drei Aspekten von Lebensqualität signifikant korreliert: Persönlichkeitsmerkmale, objektive Lebensbedingungen und Wahrnehmungen, Einstellungen zur Person durch signifikant andere (psychisches Wohlbefinden – persönliche Zufriedenheit – soziale Indikatoren).

Das Manual ist aus Fragen unterschiedlicher Studien zur Lebensqualität zusammengestellt und wurde in fünf Ländern getestet. Multivariate Analysen zeigten die Faktoren (Themenbereiche) Zufriedenheit – Kompetenz/Produktivität – Unabhängigkeit/Empowerment – Soziale Zugehörigkeit/Integration.

Ziel des vollstandardisierten Instrumentes ist die Verbesserung der Arbeit sozialer Dienste durch eine Rückmeldung der Bedürfnisse und des Grades der Lebensqualität „der Nutzer“ an die Anbieter. Das Instrument dient der Planung, Erbringung und Evaluation sozialer Dienstleistungen.

2.3 Großbritannien: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung residentieller Dienstleistungen

In *Großbritannien* gibt es ein an gesellschaftlichen Grundwerten orientiertes Qualitätssicherungskonzept, das auf dem Registrierungsgesetz von 1984 aufbaut und die Inspektion von Heimen regelt. Bei der Beschreibung dieses Ansatzes ist zunächst auf zwei Grundfragen abzuheben: Was wird kontrolliert (Qualitätsstandards)? Wer bzw. wie wird kontrolliert (Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle)?

Die Qualitätsstandards leiten sich aus einem schriftlich fixierten und verbindlichen Wertekatalog ab (Home life/Leben im Heim). „Home Life“ dokumentiert gesellschaftliche Werte, die Bestandteil einer staatlich erarbeiteten Pflegephilosophie sind. Diese „Magna Charta“ guter Pflege orientiert sich an den politisch abgesicherten Grundwerten Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit, Privatheit und Würde. Die Wahrung dieser Grundwerte ist die Grundlage für gute, qualitätvolle Pflege. Als Bindeglied zwischen abstrakten gesellschaftlichen Werten und ihrer Umsetzung in stationären Einrichtungen veröffentlichte das britische Gesundheitsministerium 1988 „Homes are for living in“ (vgl. HARRIS/KLIE/RAMIN 1995).

Während „Home life“ die abstrakten Komponenten guter Pflege benennt, konkretisiert und evaluiert „Homes are for living in“ durch alltagsbezogene Checklisten, ob in einem Heim Würde, Privatheit, Unabhängigkeit usw. in der (Beziehungs-)Pflege auch verwirklicht ist. Diese Checklisten sind mit einer Matrix vergleichbar, die auf ihrer horizontalen Ausprägung die gesellschaftlichen Grundwerte aufzeigt und denen auf der vertikalen Achse Alltagskonkretionen eines Heims (Gebäude und Umwelt, Pflegepraxis, Personal, Ausbildung, Vorkehrungen, Dokumentation, Publikation, Essen) gegenüberstehen.

Im Beispiel: Die Maxime Privatheit wird im Bereich Pflege folgendermaßen überprüft: Sind die Bewohner Besitzer ihrer Zimmer, was sich z.B. durch die Routine Anklopfen zeigt. Findet sich eine Sensibilität im Umgang mit persönlichen Angelegenheiten beim Baden, Waschen (ist die Tür zum Waschraum geschlossen)? Herrscht ein vertraulicher Umgang mit Informationen über die Bewohner.

Dies ist nur ein Beispiel. Insgesamt enthält die Matrix 48 Alltagskombinationen, die in einem Heim gewährleistet sein sollten. Die Matrix ist allen Beteiligten bekannt und gleichzeitig Grundlage der Qualitätskontrolle durch staatliche Institutionen.

Die Kontrolle der staatlich definierten Standards verläuft zum einen durch das jeweilige Registrierungsverfahren der Heime, wobei die Heimaufsichtsbehörde sehr genau prüft, ob eine stationäre Einrichtung bei ihrer Registrierung (oder beim Wechsel der Trägerschaft oder einer Vergrößerung der Kapazitäten) die erforderlichen Maßstäbe garantieren kann. Neben den Registrierungsformularen muß der Betreiber des Heims auch in einer schriftlichen Darstellung seine geplanten Standards darlegen, die den britischen Heimstandards entsprechen müssen. Eine externe Kontrolle findet zusätzlich durch zweimal jährliche Inspektionen statt, wobei ein Besichtigungstermin nicht angekündigt ist. Grundlage der Überprüfung sind die Checklisten von „Homes are for living in“. Beobachtbare Mängel müssen in einem vereinbarten Zeitraum behoben werden, wobei es den aufsichtsführenden Behörden auch gestattet ist, eine Einrichtung mit eklatanten Mängeln sofort stillzulegen. Zum anderen wird mit diesem Konzept auch eine interne Kontrollschleife wirksam, indem sich Mitarbeiter (Selbstevaluation), Bewohner und Angehörige jederzeit auf die Einhaltung der staatlich vorgegebenen Qualitätsstandards berufen und Verstöße einklagen können.

Interessant an diesem britischen Modell ist die konsequente Orientierung an den politischen Grund- und Freiheitsrechten, obwohl England als einziges europäisches Land keine Grundrechte im verfaßten Sinn hat und sich lediglich auf die Habeas Corpus Akte und die Bill of Rights stützt (vgl. auch WETZLER 1996).

2.4 Schweiz: Qualität und soziale Dienstleistung

Die Arbeit von OBERHOLZER (1999) dokumentiert eine Schweizer Prozeßstudie zum Qualitätsmanagement neuer Dienstleistungen für behinderte und chronisch kranke Menschen.

Ausgehend von der Prämisse, daß jeder Mensch die Fähigkeit zum Lernen und zur Selbstverantwortung besitzt und daß sich jeder Mensch an Zielen orientieren und Pläne machen kann, stellt OBERHOLZER die These auf bzw. modifiziert entsprechende Arbeiten, daß Fähigkeiten, die nicht mehr gebraucht werden, verlorengehen und von der Krankheit/Behinderung überlagert werden. Die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und der Umwelt ist unerlässlich (Adaption statt Anpassung). Diese Auseinandersetzung muss im Interaktionsprozeß entstehen und basiert auf einem konzeptionell begründeten Dienstleistungsverständnis (Normalisierung und Integration) wie auch auf der Idee einer zeitgemäßen Unterstützung der betroffenen Menschen, indem nicht nur der Status quo der Kompetenzen erhalten, sondern auch verlo-

regegangene und durch Krankheit überlagerte Möglichkeiten und Kompetenzen wiederentdeckt, wieder aufgebaut und weiterentwickelt werden.

Als Methode wählt OBERHOLZER das „Programm einer integrierten wissenschaftlichen Tätigkeit“ in Anlehnung an GALTUNG (1978). Begleitung, wissenschaftliche Unterstützung und Forschung stellen in diesem Kontext korrigierende Größen dar. Die Wirklichkeit muß verändert werden, solange sie von einer wünschenswerten Form der Realität abweicht. Es handelt sich hier um Prozeßevaluation mit dem Methodenmix:

- narrative Interviews mit der Leitung,
- ergänzende Befragungen von Mitarbeitern und Bewohnern der neu konzipierten sozialen Dienstleistungen.

Die Erfahrungen mit diesem Vorgehen zeigen, daß die vorgestellten Projekte und neuen Dienstleistungen eine neue Dynamik hinsichtlich ihrer Entwicklung aufweisen, die allerdings letztlich nur so gut ist wie die korrektiven Ansätze, die die Evaluatoren vorgeben bzw. in den Prozeß einspeisen. Man könnte an dieser Stelle sicherlich über die Vor- und Nachteile der Prozeßevaluation im Vergleich zur Produktevaluation reflektieren. M.E. ist der Ansatz herausfordernd, er kann nicht pauschal übernommen, sondern muß je nach Situation und Gegebenheiten realisiert werden (Problem: Aufwand und Outcome). Auf jeden Fall rückt der Autor bei seiner Arbeit die sozialen und interaktiven Abläufe nach den je spezifischen Gegebenheiten in den Vordergrund. Dabei handelt es sich um dynamische Prozesse, die es im Bereich sozialer Arbeit zu optimieren und je nach Lebenssituation zu modellieren gilt.

2.5 Österreich: „Qualitätswegweiser“ und Lebensqualität (Lebenshilfe Wien 1993)

Ausgehend vom Normalisierungsprinzip der Behindertenhilfe wurden von der österreichischen Lebenshilfe (Die Lebenshilfe Wien 1993) zwei Instrumente zur Qualitätssicherung entwickelt:

- *Qualitätswegweiser*. Er enthält Evaluationshilfen und Kontrollfragen zur Weiterentwicklung der Qualität von Diensten für Menschen mit geistiger Behinderung und
- *Individuelle Entwicklungs-Planung*. Ein Konzept zur Sicherung von Lebensqualität.

Inhaltliche Grundlage des Konzeptes sind die *sechs Qualitätswegweiser* von O'BRAIN, nämlich Gesundheit und Sicherheit, Präsenz und Teilnahme, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, Soziale Kompetenzen, Persönliche Beziehungen, Akzeptanz und Anerkennung. Mittels dieser Grundkategorien bzw. deren Verankerung in der täglichen Interaktion soll erreicht werden, daß sich die Handlungskompetenz der Mitarbeiter verbessert und zwar in der Richtung, dass die Praxis den Bedürfnissen und Wünschen der Nutzer stärker entspricht und neue Lebensperspektiven und Möglichkeiten erschließt.

Die oben genannten Instrumente sind kombiniert einsetzbar und verfolgen somit vor allem das Ziel der Orientierung an den Bedürfnissen der Adressaten (durchaus vergleichbar mit einer sehr nutzerorientierten Hilfeplan-Gestaltung oder auch mit Verfahren aus englischsprachigen Ländern wie Lifestyle Planning oder Individual Habilitation Plan); darüber hinaus fördern sie die Selbstevaluation durch die klare Ausrichtung an Wegweisern. Qualitätssicherung kann hier auf die Formel gebracht werden: selbstevaluative Prozeßoptimierung.

Durchaus positiv muß herausgestellt werden, daß die Instrumente darauf abzielen, soziale Dienste durch ein Evaluationsverfahren, an dem sowohl Mitarbeiter wie „Nutzer“ und Angehörige beteiligt sind, zu verändern und weiter zu entwickeln.

3. *Schlußbemerkung*

Die hier referierten Ansätze zur Qualitätssicherung stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus dem breiten Spektrum dessen dar, was auf der internationalen Ebene an Entwicklungen stattfindet. In Skandinavien (der Heimat des Normalisierungsprinzips der Behindertenhilfe) arbeitet beispielsweise NORDENFELDT (1983 und 1993a, b) an der Kategorisierung von sozialen Beeinträchtigungen durch Behinderung und Stigmatisierung. Darüber hinaus sei auf unsere niederländischen Nachbarn verwiesen, die bereits 1993 eine Studie veröffentlichten, die die Qualität der Betreuung zum Inhalt hatte (VREEDE u.a. 1993).

Um die referierten Ansätze zur Qualitätsthematik mit dem Diskussions- und Entwicklungsstand in Deutschland in Beziehung zu setzen, bietet es sich an, die von MEINHOLD (1998) vorgeschlagene Typisierung von Systemen der Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Sie unterscheidet folgende Typen:

a) *Interne Verfahren unter Berücksichtigung spezifischer fachlicher Anforderungen*

Hier sind als zentrale Punkte zu nennen:

- Welche Dienstleistung wird in welcher Form gebraucht?
- Welche Ressourcen werden benötigt und welche Effekte sind zu erwarten?

Zentrale Elemente dieser Herangehensweise sind die Formulierung von Qualitätszielen und Qualitätsstandards, die Methoden und Regeln zum Erreichen dieser Standards und die entsprechenden Prüfverfahren zur Evaluation der gesamten Methode (Beispiel vorne: Lebenshilfe Wien).

b) *Standardisierte Qualitätssicherungssysteme mit der (potentiellen) Möglichkeit zur Zertifizierung (KLIE 1999 spricht von der Qualitätsdimension „Muster-gültig“)*

MEINHOLD verweist auf die eingangs erwähnte DIN EN ISO 9000ff, innerhalb derer ein Rahmen vorgegeben wird, der bei der Qualitätssicherung einzuhalten ist. Die Elemente lauten in der Normensprache:

Führungselemente (Verantwortung der Leitung/QM-System/systematische Methoden/Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen/neue Einrichtungsleistungen/Audit/Personal-Schulung),

Elemente mit direktem Kundenbezug (Aufnahmeverfahren/Umgang mit

Fremdeigentum/Prozesslenkung/Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit/Prüfungen/Prüfstatus/Fehlerbehandlung/Nachsorge-Nachversorgung), Unterstützende Elemente (Lenkung von Dokumenten und Daten/Lenkung Qualitätsaufzeichnungen/Beschaffung/Überwachung/Handhabung von z.B. Medikamenten und Geräten).

c) *Aufgaben- und organisationsorientierte Qualitätssicherungs-Systeme*

In Anlehnung an die eben ausgeführten Varianten ist hier der vereinbarte Standard entscheidend, der nach innen und außen transparent ist. So formulierte Standards sind jederzeit einforderbar und haben ein hohes Maß an Verbindlichkeit; es ist allerdings darauf zu achten, daß die dynamischen Prozesse sozialer Interaktion nicht von statischen Vorgaben überlagert werden (Beispiel vorne: der englische Ansatz).

d) *Qualitätssicherung im Kontext von Leistungsverträgen*

Gerade in der aufkommenden Diskussion über Hilfepläne/Gesamtpläne und beschriebene Standards wird die vertragliche Komponente, von der hier gesprochen wird, sicherlich an Bedeutung gewinnen.

Anbieter sozialer Dienstleistungen sehen sich gezwungen, Aussagen über Organisation, Ziele, Leitbild, Leistungsbeschreibung, Infrastruktur, Wirtschaftlichkeit, Controlling, Dokumentation und Statistik, Kundenorientierung, Mitarbeiterentwicklung usw. zu machen.

Der Blick auf Diskussion und Praxisentwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, daß hier gegenwärtig die Verfahren nach den Typen b) und d) eindeutig einen Vorrang haben. Dies rührt unter anderem daher, daß sich der Staat mittlerweile weniger als Kostenträger denn als Leistungsträger versteht, der mit den Anbietern Leistungsverträge abschließen möchte, die ein hohes Maß an Kontroll- und Mitsprachemacht beinhalten. Angesichts dieser Sachlage ist es nachvollziehbar, daß die Anbieter sozialer Dienstleistungen versuchen, sich diesem Zugriff möglichst zu entziehen und die anstehenden Qualitätsnachweise eigenverantwortlich und auf einem international anerkannten System aufzubauen (z.B. die DIN EN ISO), welches per se eine „Qualitätsgarantie“ reklamiert und sogar einer externen Prüfung standhält. Dadurch versuchen die Anbieter, sich Autonomie und Handlungskorridore bei der Gestaltung der Dienstleistung zu erhalten.

Was angesichts dieser Entwicklung an den Rand gedrängt wird, sind Verfahren unter Berücksichtigung spezifischer fachlicher Standards [Variante a) bei MEINHOLD] wie auch aufgaben- und organisationsorientierte Qualitätssicherungs-Systeme [Variante c) bei MEINHOLD]. Dies muß als Problemanzeige verstanden werden und als Hinweis auf eine für die Bundesrepublik charakteristische Entwicklung.

Die Diskussion findet dabei in einem Spannungsbogen statt, der sich über die Pfeiler „Ökonomisierung, Rationalisierung, Normierung“ hin zu dem Pfeiler „Qualität ist undefinierbar“ erstreckt. Der zuletzt genannte Punkt drückt den Gedanken aus, daß Qualität nicht definiert werden muß, weil sie eine unmittelbare Erfahrung, eine primäre empirische Wirklichkeit der Welt ist (PRISING 1992).

Während staatliche Kontroll- und Prüfmechanismen bislang die Strukturqualität im Vordergrund sahen, dehnt sich die geforderte Qualität und deren

Dokumentation nun stärker auf Prozesse und Ergebnisse aus. Hierbei werden aus den genannten Gründen Anleihen aus dem industriellen Kontext eingebracht (z.B. die Trilogie von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität – aus dem Klinikbereich kommend – oder der Rückgriff auf die 20 Elemente der DIN EN ISO 9000ff).⁶

Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß die Qualitätsdiskussion in Deutschland derzeit überlagert ist von dem Wunsch nach „standardisierten Kennzahlen sozialer Arbeit“. Dies ist einerseits naheliegend, wird andererseits aber der situativen Komponente sozialer Arbeit nicht gerecht. Diese Spannung konstruktiv umzuleiten und gleichzeitig nützliche und wichtige Komponenten von Qualitätssicherung (z.B. Prozeßorientierung, „Kundenorientierung“, „Nutzerorientierung“) in die Bemühungen einzubetten, ist entscheidend für die weitere Diskussion. Nützlich dafür könnten Anregungen aus den hier vorgestellten internationalen Ansätzen sein:

- Die eingangs vorgestellten traditionellen Verfahren aus dem ADL/IADL-Bereich (USA) machen darauf aufmerksam, mit welch einfachen Instrumenten Prozeßevaluation betrieben werden kann. Denkt man an die Qualitätsdiskussion und verschiedene Verfahren in der Behindertenhilfe, die mit einem omnipotenten Anspruch (z.B. Instrumente mit gleichzeitig durchgeführter Betreuungsplanung, Dokumentation, Zeitbemessung und Ressourcenableitung) die soziale Arbeit zu evaluieren suchen, ist die Klarheit – auch was die Reichweite der Ansätze betrifft – bei KATZ/LAWTON bestechend.
- Aus dem englischen Ansatz „Home life/Homens are for Living in“ (vgl. hierzu auch KLIE 1999) können wir die Erkenntnis ableiten, daß bei der Frage nach Qualität politisch benannte und damit verbindliche Grundstandards wichtig sind. Sie sind nicht nur Meßgrößen, sie sind auch verbindliche Orientierungshilfen für die Anbieter sozialer Dienste. Diese Forderung mag für unterschiedliche Bereiche sozialer Arbeit unterschiedliches Gewicht haben. Für den stationären Behindertenbereich gesprochen wäre z.B. das Qualitätskriterium „Privatheit“ und die daran angehängte strukturelle Entwicklung zu Einzelzimmern ein Quantensprung bei der Strukturqualität, der manche Qualitätsbemühung um Prozesse und Ergebnisse überflüssig machen würde (in der stationären Behindertenhilfe – hier handelt es sich in der Regel um Erwachseneneneinrichtungen – leben rund 43 % in Zwei-Bett-Zimmern und rund 16 % in Drei- und Mehrbett-Zimmern; vgl. WACKER, WETZLER; METZLER, HORNING 1998, 87). Dieser Zusammenhang wurde von mir in einem anderen Zusammenhang umschrieben mit dem Terminus „objektive Qualitätsdefinition“ (vgl. WETZLER 1996), die sich sehr stark auf die Strukturqualität bezieht und die ich an dieser Stelle insbesondere für die Behindertenhilfe neuerlich einfordern möchte (in der Jugendhilfe steht man dieser Forderung eher skeptisch gegenüber, wie dem Aufsatz von MERCHEL in diesem Band zu entnehmen ist).

6 In der Fachdiskussion werden diese Anleihen allerdings allzu überzogen auf die „Überbetonung normierten pädagogischen Handelns durch standardisierte Zertifizierungen“ reduziert – was der Realität der DIN-ISO-Welt in der konkreten Praxis nicht entspricht und eher als künstliche Problemanzeige gedeutet werden kann.

- Indem sich die Qualitätsdiskussion mittlerweile sehr stark und richtigerweise mit dem pädagogischen Handeln an sich beschäftigt, scheint es angezeigt, die „Tiefe“ von z.B. Qualitätsvereinbarungen behutsam festzulegen, um damit gleichsam einen Qualitätsrahmen mit entsprechenden pädagogischen Korridoren zu erhalten. Innerhalb dieses Rahmens kann z.B. nach anerkannten Standards und entsprechend dem State-of-Art-Wissen vereinbarte Qualität unter Einkalkulierung situativer, unvorhergesehener Komponenten gelingen. Die vorgestellten Qualitätswegweiser der Lebenshilfe Wien (auch als Schlüsselprozesse bezeichnet) sind hier ein wichtiger Hinweis.
- SCHALOCK (1990) gibt uns Hinweise und Anregungen, wie wir methodisch an die sogenannte „weiche Ergebnisqualität“ (Lebensqualität, Wohlbefinden usw.) anknüpfen können. Im Behindertenbereich lassen sich in diesem Qualitätssegment auch vielfältige und auch kreative Bemühungen festhalten, die wichtig für die Weiterentwicklung der Arbeit sind.

Für die hiesige Suche nach Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren und im Hinblick auf die Verbesserung sozialer Dienstleistungen können internationale Ansätze insbesondere den Blick dafür schärfen, wie bedeutsam die Prozeßevaluation und daran angegliederte Verbesserungsschleifen sind. Ferner wäre wichtig, daß ein Bewußtsein dafür entsteht, daß wir weder auf Königswege noch auf pauschale Lösungen warten brauchen, sondern klientenorientierte, dienstgerechte und insbesondere prozeßorientierte Evaluationsmodi entlang gängiger Standards (spezifische fachliche Anforderungen) umzusetzen haben: Kreativität und Flexibilität sind angezeigt.

„In the beginners mind, there are many possibilities, in the experts, there are few.“

Literatur

- BECK, I.: Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt et al. 1994.
- BICHLER, J./FINK, F./POHL, S.: Entgelt für ein Leben mit Behinderungen: ein System zur Leistungs- und Qualitätsbeschreibung sowie Entgeltberechnung (SYLQUE). Freiburg 1995.
- DIE LEBENSHILFE WIEN (Hrsg.): Sicherung von Qualität. Wien 1993.
- DONABEDIAN, A.: An Exploration of Structure, Process, an Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: SELBMANN, H.-K./ÜBERLA, K.K. (Hrsg.): Quality Assessment in Medical Care. Gerlingen 1982, S. 69–92.
- FRÜHAUF, T.: Leistungsbeschreibung, Entgeltberechnung und Qualitätssicherung. Marburg 1995.
- GALTUNG J.: Methodologie und Ideologie. Aufsätze zur Methodologie. Frankfurt 1978.
- GROHMANN, R.: Das Problem der Evaluation in der Sozialpädagogik. Frankfurt/M. u.a. 1997
- GURLAND, B. J.: The Assessment of the Mental Health Status of Older Adults. In: BIRREN, R. BRUCE, J.E., SLOANE, (Eds.): Handbook of Mental Health and Aging. Englewood Cliffs, N.J. 1980, 671–700.
- HAMBURGER, F.: Politik und Pädagogik des Sozialen im Prozeß der europäischen Einigung. In: R. FATKE/W. HORNSTEIN/CH. LÜDERS/M. WINKLER (Hrsg.): Erziehung und sozialer Wandel. Brennpunkte sozialpädagogischer Forschung, Theoriebildung und Praxis. 39. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik. Weinheim u. Basel 1999, S. 339–362.
- HARRIS, R./KLIE, T./RAMIN, E.: Heime zum Leben. Hannover, 1995.
- HARTFIEL, S.: Qualitätsentwicklung und -kontrolle in sozialen Diensten. Stuttgart 1998.
- KATZ, S.: Assessing Self-maintenance. Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities of Daily Living. Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 31, No. 12, 1983, 721–727.

- KATZ, S./FORD, A.B./MOSKOWITZ, R.W./JACKSON, B.A./JAFFE, M.W.: Studies of Illness of the Aged. Journal of the American Association, 1963, 914–919.
- KATZ, S./DOWNS, T.D./CASH, H.R./GROTZ, R.C.: Progress in Development of the Index of ADL. Gerontologist, Part I, 1970, 20–30.
- KATZ, S./AKPOM, C.A.: A measure of primary sociobiological functions. International Journal of Health Services, 1976, 493–509.
- KINDER- UND JUGENDHILFEGESETZ: Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vom 26.6.1990.
- KLIE, T.: Homes are for living in – ein englischer Qualitätssicherungsansatz und seine Positionierung in der deutschen Qualitätssicherungslandschaft. In: JANTZEN, W./LANWER-KOPPELIN, W./SCHULZ, K. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Berlin 1999, 15–20.
- KLAUSS, T.: Qualität pädagogischer Arbeit sichern und entwickeln: Das GBM des VEEMB. Stuttgart 1996.
- KRUSE, A.: Familiäre Hilfeleistungen – eine kritische Analyse des Begriffs der „Pflegebedürftigkeit“. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 1987, 283–291.
- LAWTON, P.: Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older People. In: LAWTON, P.M./WINDLEY, P.G./BYERTS, T.O. (Eds.): Aging and the Environment. New York 1982, 33–59.
- LAWTON, P.M.: Environment and other Determinants of Well-Being in Older People. The R.W. Kleemeier Memorial Lecture, Vol. 23, No. 4, 1983, 349–357.
- LAWTON, P.M.: Scales to Measure Competence in Everyday Activities. Psychopharmacology Bulletin, Vol. 24, No. 4, 1988, 609–614.
- LAWTON, P.M./BRODY, E.M.: Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist, 9, 1969, 179–186.
- LAWTON, P.M./KLEBAN, M.H./DEAN, J./RAJAGOPAL, D./PARMELEE, P.A.: The Factorial Generality of Brief Positive and Negative Affect Measures. Journal of Gerontology, Vol. 47, No. 4, 1992, P228–P237.
- LAWTON, P.M./MOSS, M./FULCOMER, M./KLEBAN, M.: A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. Journal of Gerontology, Vol. 37, No. 1, 1982, 91–99.
- LAWTON, P.M./MOSS, M./KLEBAN, M.H./GLICKSMAN, A./ROVINE, M.: A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 46, No. 4, 1991, P181–P189.
- LAWTON, P.M./RAJAGOPAL, D./BRODY, E./KLEBAN, M.H.: The Dynamics of Caregiving for a Demented Elder Among Black and White Families. Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol. 47, No. 4, 1992, S156–S164.
- LEHR, U.: Psychologie des Alterns. Heidelberg, Wiesbaden 1991 (7. Auflage).
- LOGES, F.: Entwicklungstendenzen freier Wohlfahrtspflege im Hinblick auf die Vollendung des Europäischen Binnenmarktes. Freiburg 1994.
- MEINHOLD, M.: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, 3., erg. Aufl. Freiburg, 1998.
- MEINHOLD, M.: Qualitätssicherung als soziales Steuerungsmodell. Blätter der Wohlfahrtspflege 11 u. 12/1998, 241–244.
- NIRJE, B.: The Normalization Principle Papers. Uppsala 1992.
- NORDENFELT, L.: On disabilities and their classification. Linköping, Sverige, Studies on Health and Society, 1, Linköping University 1983.
- NORDENFELT, L.: On the notions of disability and handicap. Scand J Soc Welfare, 2, 1993a, 17–24.
- NORDENFELT, L.: On the Relevance and Importance of the Notions of Disease. Theoretical Medicine 14, 1993b, 15–26.
- NÜSSE, W.: Qualität für wen? Zur Angemessenheit des Kundenbegriffs in der Sozialen Arbeit. In diesem Band.
- OSWALD, W.D.: Methodische Aspekte der Alternsforschung. In: OSWALD, W.D.: Gerontopsychologie. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, 49–68.
- PIRSING: Lila oder ein Versuch über die Moral. Frankfurt 1992.
- SCHALOCK, R.L.: Quality of Life Questionnaire Standardization Manual. Hastings 1990.
- SCHFOLD, W.: Sozialstaatliche Hilfen als „Verfahren“. Pädagogisierung der Sozialpolitik – Politisierung sozialer Arbeit. In: R. FATKE/W. HORNSTEIN/CH. LÜDERS/M. WINKLER, a.a.O. S. 277–290.
- SCHÜTTE, T.: Geriatriische Rehabilitation und ihre Effizienzbeurteilung anhand von ADL-Skalen am Beispiel des Modellprojekts „Dr. Julius-Bauer-Heim“. Diss. Erlangen-Nürnberg 1982.
- THOMAE, H., MADDOX, G. (Eds.): New perspectives on Old Age. New York 1982.
- THOMAE, H. Kompetenz älterer Menschen und ihre Bedeutung für die Familie. In: THOMAE, H./KRUSE, A./WILBERS, J. (Hrsg.): Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter. Materialien zum Vierten Familienbericht Bd. 2, München. 1–116, (1987)

- VREEDE, G.J./JANSSEN, C.G.C./KARS, H./SCHUURMAN, M.: Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. Den Haag 1993.
- WACKER, E./WETZLER, R./METZLER, H./HORNUNG, C.: Leben im Heim. Baden-Baden 1998.
- WAHL, H.-W.: Alltägliche Aktivitäten bei alten Menschen: Konzeptionelle und methodische Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und -psychiatrie, 1, Heft 1, 1988, 75–81.
- WAHL, H.-W.: Unselbständigkeit und Selbständigkeit alter Menschen in Pflegeinteraktionen. Eine empirische Analyse von subjektiven und objektiven Indikatoren. Diss. Berlin 1989.
- WAHL, H.-W.: Studien zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unter besonderer Berücksichtigung der verwandten Methoden. ADL- und IADL-Skalen als Messinstrumente. Expertise im Auftrag der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ an der Universität Tübingen. Mannheim 1991.
- WAHL, H.-W.: Kompetenzeinbußen im Alter: eine Auswertung der Literatur zu „Activities of Daily Living“ und Pflegebedürftigkeit. Zeitschrift für Gerontologie, 26, 1992, 366–377.
- WIENER, J.M./HANLEY, R.J./CLARK, R./NOSTRAND VAN, J.F.: Measuring the Activities of Daily Living: Comparisons Across National Surveys. Journal of Gerontology; Social Sciences, Vol. 45, No. 6, 1990, S. 229–237.
- WENKE, A.: Entwicklung eines Instrumentes zur Erhebung der subjektiven Bewertung von Wohn- und Freizeitbedingungen von Erwachsenen mit geistiger Behinderung als Bestandteil der Qualitätssicherung unter besonderer Berücksichtigung des Lebensqualitätskonzeptes, Diplomarbeit. Dortmund 1999.
- WETZLER, R.: Möglichkeiten und Grenzen des ADL/IADL-Konzeptes für die Beschreibung von Alltagseinschränkungen und Alltagskompetenzen von Menschen mit Behinderung, Diss. Tübingen 1995.
- WETZLER R.: Internationale Evaluationsansätze zur Qualitätssicherung sozialer (residentieller) Dienstleistungen. In: HEINER, M.: Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg 1996, 108–120.
- WETZLER, R.: Hinführung zum Thema Qualitätsmanagement. In: REIBOLD, R.: Qualitätssicherung durch Nutzung und Erhaltung der fachlichen Identität und Individualität von Einrichtungen der Behindertenhilfe unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechtes der Nutzer/-innen. Mosbach 1998.
- WOLFENBERGER, W./THOMAS, S.: PASSING, Program Analysis of Service Systems Implementation of Normalization Goals: A method of evaluating the quality of human services according to the principle of normalization. Toronto 1983.

Anschrift des Autors:

Dr. Rainer Wetzler, Abelstr. 61, 71634 Ludwigsburg.